Rok XXXII. Kraków, 4. Listopada 1893. Nr. 44.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅓ „	„ 6 „

TREŚĆ: I. CZYŻEWICZ: O cięciu cesarskiem. — II. SZADEK: Kiła dziedziczna i wrodzona (c. d.). — III. WACHHOLZ: Kilka uwag w sprawie przypadku morderstwa opisanego przez Dra Jendla. — IV. *Oceny i sprawozdania.* — *Higiena.* PICK: Wpływ wina, piwa i niektórych kwasów organicznych na bakterye cholery i duru. — DERVILLE i GUERMONPREZ: Brodawczaki u robotników w rafineryach oleju skalnego. — *Przegląd terapeutyczny.* — *Notatki terapeutyczne.* — V. Sprawy Towarzystw lekarskich. — Tow. lek. krak. — VI. JABŁONOWSKI: Przyczynki do epidemiologii Wschodu (c. d.). — VII. *Wiadomości bieżące.* — VIII. Ogłoszenia.

I. Z kliniki położniczej we Lwowie.

O cięciu cesarskiem.

Podał
prof. Dr. A. Czyżewicz.

Utworzyć sztuczną drogę dla wydobycia płodu z żywota matki tam, gdzie naturalna z powodu wadliwej budowy nie odpowiada celowi, jest zadaniem cięcia cesarskiego. Operacyą tę bardzo już dawno znano i wykonywano. Pierwotnie robiono ją tylko na zmarłych ciężarnych i rodzących, w celu szybkiego wydobycia płodu po śmierci matki i, o ile można, docucenia się go. Doświadczenie bowiem pouczyło, że życie płodu utrzymuje się jeszcze czas jakiś po śmierci matki. To właśnie jest podstawą również bardzo dawnego przepisu prawnego, który żąda do dziś dnia obowiązkowo, aby w razie nagłej śmierci kobiety brzemiennej lub rodzącej, dziecko wydobywano za pomocą cięcia cesarskiego.

Począwszy od 17. wieku[1]), wykonywano operacyę cięcia cesarskiego także na żywych kobietach a mianowicie wtedy, gdy drogi porodowe przedstawiały takie przeszkody, że o porodzie nietylko naturalnym, ale i sztucznym, mowy być nie mogło. Rzecz jasna, że wobec takich wskazań dla cięcia cesarskiego, wykonywano je rzadko i wyjątkowo, że technika operacyjna udoskonaloną być nie mogła a przebieg pooperacyjny wykazywał bardzo niekorzystne wyniki. Na zestawieniu takich przypadków opierając statystykę wykazał jeszcze w r. 1867 Mayer 54% śmiertelności, co wobec zestawienia dawniejszego, podanego przez Kaysera, który przytacza 62% śmiertelności, nie małym już było postępem. Cyfry te odnosiły się do czasów, w których po prostu zaniedbywano tę operacyę, stósowano ją tylko w przypadkach rozpaczliwych, gdzie nie było innej drogi wyjścia.

Pierwotny sposób operowania był bardzo prosty, chociaż w głównych zarysach utrzymał się do dziś dnia. Przecinano warstwowo powłoki brzuszne, wedle Mauriceau i Deleurye w kierunku linii białej, przy równoczesnem utrzymywaniu macicy rękami asystentów, ile możności w tej linii, przez co ona po przecięciu otrzewnej wstawiała się w otwór powłok brzusznych. Wypadające pętle jelit lub sieci usuwano na boki i ku górze. Ustaloną rękami macicę nacinano także, ile możności, w linii środkowej, w dnie, głęboko aż do błon płodowych. W tę ranę wprowadzano palec, po którym z pomocą noża gałkowatego rozszerzano ranę ku dołowi. Jeżeli otwór okazał się za mały do wydobycia dziecka, rozszerzano go ku górze i na bok. Przez tak powstały otwór sztuczny wprowadzał operujący rękę do jamy macicy, odklejał w razie potrzeby łożysko i błony płodowe a przebiwszy je ręką, chwytał płód za nóżki i wydobywał go na zewnątrz. Po odpępnieniu tą samą drogą popłód. Tak wypróżniona macica siłą mięśni własnych kurczyła się silnie, brzegi rany miały przylegać szczelnie do siebie i zamykać w ten sposób otwór rany a jednocześnie zatrzymywać krwawienie. Po oczyszczeniu jamy brzusznej z płynów, które tam się dostały podczas operacyi pomimo wszelkich ostrożności i po zupełnem ustaniu krwawienia, wpuszczano macicę do tejże jamy, jedynie kurczliwością swych własnych mięśni zamkniętą i szwami spajano ranę powłok brzusznych.

Ranę macicy pozostawiano więc, że się tak wyrażę, własnemu losowi, nie zaszywano jej wcale a jedynem jej zamknięciem były zwykle połogowe kurczenia się własnych jej mięśni, które i długość rany skrócić i dokładnie spojenie brzegów uskutecznić miały. Postępowanie to, dziś dla każdego z natury rzeczy i układu włókien mięsnych macicy niedozwolone, równało się wywołaniu sztucznego przedarcia macicy o brzegach równych i miało przebieg gojenia się jak najgorszy. Jedynie obawa ranienia szwami otrzewnej, tej bło-

[1]) Pierwszy pewny przypadek cięcia cesarskiego wykonał Trautmann w Wittenberdze w r. 1610, przy przepuklinie macicy ciężarnej.

ny, którą aż do czasów antyseptyki uznawano za nietykalną, oraz brak wiary w możność pozostawienia materyału do szycia w jamie otrzewnej, niemniej nieznajomość przyrządzania jego aseptycznie, wytłómaczyć mogą, dlaczego tak późno i tak nieśmiało zabrano się do prób zespojenia rany macicy szwami, co przecież tak było naturalnem i jasnem. Pozostawienie rany macicy prawie otwartej uważano za mniej niebezpieczne, niż ranienie otrzewnej dalsze i pozostawienie w niej materyału do szycia użytego, wskutek czego albo krwotok wewnętrzny albo wylewanie się odchodów połogowych do jamy otrzewnej, były przyczyną śmiertelnego przebiegu pooperacyjnego u operowanych.

Przesadnej obawie przed zespojeniem rany macicy szwami hołdowali zarówno położnicy francuscy jak i niemieccy. Przestrzegali przed takiem postępowaniem Rousset, Gardien, C. W. Stein, Joerg, Levret a nawet Osiander, Ritgen i Pagenstecher pomimo, iż sami przyznają, że doświadczenie nakazywało im zaszywać ranę macicy, przecież tego nie czynili. Nareszcie odważono się, co prawda, początkowo bardzo ostrożnie i z ograniczeniem ilości szwów *ad minimum*, przecież je założyć. Pierwsze próby wykonali Wiefl i Buren z użyciem jednego lub dwóch szwów. Wprowadzenie drutu srebrnego do szycia już nieco dokładniejszego przez Franka, E. Polina (1852 r.), Warren - Brickla (1867 r.), prawie jednocześnie z Baker - Brownsem i Simonem Thomasem (1869 r.) wykazały praktyczność tego postępowania i ustaliły przekonanie, iż nie należy pozostawiać otwartej rany macicy. Jak zwykle, i tu nie mało przyczynił się przypadek Spencer Wellsa z roku 1865 do ośmielenia zaszywania macicy. Tenże wskutek mylnego rozpoznania punktował macicę w 5. miesiącu ciężarną, oznaczoną jako zwyrodniały jajnik. Przekonawszy się o błędzie, otworzył i wypróżnił macicę i całą ranę zaszył szwem biegnącym, używając do szycia jedwabiu, którego dolny koniec wyjął przez pochwę. Pomyślny przebieg tego przypadku ośmielił drugich i obecnie nikt zaszycia rany macicy nie uważa za niebezpieczne. Właściwie na tem polega główna różnica postępowania dawnego od dzisiejszego, które naturalnie co do techniki szycia udoskonalone, coraz to pomyślniejsze wydaje wyniki. Dlatego też obecnie nie ogranicza się już wskazań do cięcia cesarskiego do bezwzględnej niemożności wydobycia dziecka drogą naturalną, ale coraz to liczniej występują zwolennicy tej operacyi i wtedy, kiedy dziecko, wprawdzie nieżywe, wydobyć można drogami naturalnemi i właściwie jedynie dla ratowania życia dziecka, występuje potrzeba cięcia cesarskiego. Nie ulega dalej żadnej wątpliwości, że postępowanie przeciwgnilne i bezgnilne przy operacyi nie mało przyczyniły się do pomyślnego jej wyniku i częstszego jej zastósowania.

Jak tylko przekonano się o wartości spojenia rany macicy szwami, to z natury rzeczy szew ten, tak pod względem materyału do szycia używanego, jak i pod względem dokładności zamknięcia rany starano się udoskonalić. Obecnie nie chodziło już o zeszycie tylko macicy, aby powstrzymać, odpływ czyto krwi, czyteż odchodów połogowych do jamy otrzewnowej, ale chodziło o zamknięcie samej tej jamy otrzewnowej i to ponad zaszytą już raną macicy i wzbronienie płynom szkodliwym tym sposobem jeszcze dokładniej wstępu do tej jamy. Zasługa sformułowania tego zamknięcia należy się w położnictwie Kehrerowi i Sängerowi, którzy jednocześnie (1882) ogłosili sposoby wzmocnienia zamknięcia rany macicy już zeszytej za pomocą osobnego zeszycia blaszek otrzewnej ponad raną macicy. Kehrer opisuje dwa przypadki cięcia cesarskiego, z tych jeden z przebiegiem dla matki i dziecka pomyślnym, w których ranę macicy, zespojoną już poprzednio szwami, z ujęciem w szew błony doczesnej, pokrył osobną blaszką sfałdowanej a poprzednio odpreparowanej błony brzusznej, osobnymi szwami złączonej. Dla ułatwienia sobie odłączenia blaszek otrzewnej, przecinał macicę nie na podłuż, tylko poprzecznie od jednego do drugiego więzadła okrągłego. Sänger swoje rozumowanie teoretyczne zastósował w przypadku operowanym przez Leopolda, w którym ranę macicy zaszytą pokryto otrzewną, przez wycięcie klina z miąższu macicy uwolnioną. Jednocześnie kładzie Sänger nacisk na to, aby błony doczesnej nie obejmować szwem, który spaja macicę, a to z obawy, że nitki leżące w jamie macicy, mogą wsysać jej treść i swoją tkaniną doprowadzić do jamy otrzewnowej. Sänger i później pracował dalej nad sprawą udoskonalenia techniki operacyjnej, zebrał mozolnie i skrzętnie całą niemal statystykę cięcia cesarskiego, zestawił wskazania do tej operacyi i dotąd broni jej wartości oraz wyższości metody dawnej, tak zwanej klasycznej, wobec innych metod operowania. Słusznie więc dziś używana metoda klasyczna cięcia cesarskiego złączona jest z jego nazwiskiem.

Jakkolwiek sposób pokrywania zeszytej rany macicy, osobnym faldem otrzewnej, osobnym szwem zespojonej, znalazł prawie ogólne przyjęcie, to przecież obecnie nie używa się ani szwu podanego przez Kehrera, ani też sposobu Sängera. Po wypróżnieniu macicy za pomocą cięcia cesarskiego pokrywająca ją otrzewna, da się bez trudności ująć w fałdy i przy małem, zresztą nieszkodliwem, napięciu połączyć w taki sposób, iż zupełnie pokrywa ranę macicy. Odpada więc potrzeba odłączenia tej błony od miąższu macicy lub wycinania klina z tegoż miąższu. Jest to zwykły szew, podany przez Lamberta i ten całkiem wystarczy. Z tej też przyczyny nie wydaje mi się praktycznem cięcie macicy w kierunku poprzecznym, przy którym, co prawda, otrzewna jest wiotsza, mniej napięta i łatwiej zfałdować się daje i przenoszę zawsze cięcie podłużne, którego użyłem w obu swoich przypadkach metodą Sängera operowanych. Szyjąc od dna ku szyi macicy, nie widziałem trudności w potrzebnem sfałdowaniu otrzewnej, chociaż w przypadku moim pierwszym miąższ macicy tak był kruchy, że szwy powierzchowne, w celu jego spojenia założone, w dwóch miejscach go przerwały i odjąć je a nowe założyć musiałem. Pomimoto zespojenie otrzewnej (*sero-seroese Naht*) bez trudności się udało, bez jej odpreparowania i bez wycinania klina z miąższu. Bądź co bądź podobna procedura musi przedłużać czas operacyi i dlatego nie jest wskazana. To będzie także powodem, dla czego nie wszyscy operatorowie upierają się przy konieczności tego szwu wogóle i dlaczego Fritsch, Fraenkel, Staude szwu tego nie uważali za konieczny i w swoich przypadkach wcale go nie używali. Również nie jest ogólną obawa przed ujęciem błony doczesnej w szew łączący miąższ macicy. Bez wątpienia jest ona teoretycznie usprawiedliwiona, ale ujął błonę doczesną w szew Fritsch, jak A. Burkhardt i Fraenkel, bez szkody dla przebiegu gojenia się rany. Przyznać atoli muszę, że nie widzę żadnego celu, dla któregoby tę błonę miało się w szew wciągać.

Wracając do historyi cięcia cesarskiego, przytoczyć należy, że, o ile w powyżej wskazany sposób zrobiona zmiana

metody operowania przyczyniła się do pomyślnych rezultatów, o ile tę metodę uproszczono z utrzymaniem myśli pierwotnej, o ile dalej materyał do szycia używany ogranicza się dziś przeważnie do jedwabiu sterylizowanego i katgutu, o ile nareszcie antyseptyka i aseptyka, bo i tę pierwszą zarzucają dziś ogólnie, przyczyniły się do szybkiego przebiegu gojenia się rany, o tyle z dniem każdym mnożą się przypadki pomyślnych cięć cesarskich, o tyle operacya ta coraz to więcej wchodzi w życie.

Nie tylko atoli w Niemczech zwrócono uwagę na operacyę cięcia cesarskiego w celu wyrobienia mu należnego miejsca w dziale operacyj położniczych; ale i inni pracowali w tym względnie, choć nieco na odmiennej drodze. Pomijając już zasługi Rousseta, który opisał 15 przypadków mniemanego cięcia cesarskiego i zwrócił pierwszy uwagę na zaniedbanie tej operacyi, dalej Levreta, który tak samo jak Stein właściwie byt jej ustalił, przytoczyć należy, że już w roku 1876 a więc o 6 lat pierwej, niż Kehrer i Sänger, podał Porro z Medyolanu nową metodę cięcia cesarskiego, przy której macicę po jej wypróżnieniu w sposób zwykły, powyżej części pochwowej, podwięzywano i odcinano. Myśl więc była ta sama, t. j. wynaleźć metodę, któraby lepiej odpowiadała warunkom łatwiejszego wyleczenia matki z ratowaniem naturalnie dziecka. Ten sposób operowania znalazł wielu naśladowców. Przebieg opisanych operacyj okazał się bezwarunkowo pomyślniejszym od metody najdawniejszej i zachęcał do naśladowania. Porro więc był tym, który podając nowy sposób operowania przyczynił się niemało do wykazania, że cięcia cesarskiego niesłusznie zaniedbano, że wielka jego śmiertelność, nie była wynikiem źle obmyślanej zasady operowania, ale raczej nieodpowiedniej techniki. Dopiero gdy ogłoszono poważną liczbę szczęśliwych przypadków, metodą Porry operowanych, gdy zatem Porro dowiódł wartości swej metody, wystąpił Sänger w obronie dawnej, przez siebie zmodyfikowanej i wystąpił, przyznać trzeba, wcale skutecznie. Jeśli więc Sängerowi należy się zasługa uratowania klasycznej metody operacyi cięcia cesarskiego, to bardzo znaczna część zasługi uratowania tej operacyi od zaniedbania jej wogóle, należy się Porrze.

Wykonanie operacyi metodą Porry jest nader proste. Po należytem oczyszczeniu powłok brzusznych, jelit i pęcherza moczowego, cięcie podłużne wzdłuż linii białej, wytłoczenie macicy przed powłoki brzuszne, otwarcie jej zapomocą cięcia i wydobycie płodu oraz popłodu. Dotąd jak przy innych metodach. Zamiast atoli szycia rany macicy zakłada Porro opaskę elastyczną a raczej założoną już pierwej przyciąga należycie w wysokości ujścia wewnętrznego macicy, podwięzuje tętnice więzadeł szerokich i macicę, wraz z jajnikami i trąbkami, odcina powyżej podwiązki cięciem poprzecznem w całości. Za pomocą mocnych igieł ustala się wyciągniętą przed powłoki brzuszne, pozostałą z macicy szypułkę, ujętą podwiązką elastyczną i obszywa około niej przeciętą otrzewnę, dla zamknięcia jej jamy. Szypułkę wszywa się następnie w ranę powłok brzusznych, igły w niej tkwiące ustalają ją i pozostawia się ją do opatrunku poza otrzewnowego, rozumie się zabezpieczywszy się poprzednio od krwawienia z niej.

Metoda ta znalazła bardzo szybko rozpowszechnienie i do dziś dnia wszędzie jej używają. Nawet obecnie używają jej niektórzy operatorowie, jak P. Müller, Lawson-Tait i inni wyłącznie. Truzzi, Beaucamp z zatopieniem szypułki prawie wyłącznie. Lawson-Tait nazwał ją amputacyą macicy ciężarnej; jako modyfikacyę, robi cięcie macicy w jamie brzusznej, nie wytaczając jej na zewnątrz a po jej odcięciu ranę szypułki pomazywał półtorachlorkiem żelaza; należy on też do bezwarunkowych tej metody zwolenników, wróży jej 95% pomyślnego przebiegu, czego nawet Harris, również jej zwolennik, który zestawił 250 przypadków operowanych, wykazać nie mógł, chociaż i ten przepowiada tej metodzie 80 do 85% wyzdrowienia.

Naturalnem następstwem rozpowszechnienia się metody Porry były poprawki w technice operacyjnej. I tak przeciw opatrywaniu szypułki poza-otrzewnowemu wystąpił Frank z doświadczeniami na zwierzętach a opisał i wykonał ten sposób na ludziach Beaucamp. Metoda ta, równie jak i sposób zatapiania szypułki przez Schroedera podany, polegają na tem, że rana macicy ukośnie ciętej, pokrywa się z pomocą szwów otrzewną, końce nitek tych szwów zatapia się do szyi macicy i wyciąga przez pochwę. Pociąganiem tych nitek od pochwy wynicuje się pozostałą część macicy do pochwy a nawet przed części rodne zewnętrzne i tak wynicowaną zaszywa szwami przez miąższ przeprowadzonemi od jamy brzucha lub ściąga mocno (*Umschnürung*) przed szparą łonową. Tu należy także zatapianie szypułk odciętej macicy, poza jamę otrzewnową podane przez Chrobaka. Ten ostatni sposób, wykonany już dawniej we Włoszech przez Bassiniego, polega na tem, że przed założeniem elastycznej podwiązki na dolny odcinek macicy, po wytoczeniu jej z jamy brzusznej, odpreparuje się dwa płaty otrzewnej w okolicy szyi macicy i dopiero na miejsce obnażone z otrzewnej zakłada się podwiązkę. Po odcięciu macicy tamuje się z pomocą podwiązania, obszycia i przypieczenia najdokładniej krwawienie z pozostałej szypułki, następnie zdejmuje się elastyczną podwiązkę, zakłada pręcik jodoformowy do szyi macicy, sięgający aż do pochwy a po dokładnem przekonaniu się, że rana szypułki zupełnie nie krwawi, uwalnia się ją a ponad nią zaszywa jedwabiem oba poprzednio odłączone płaty otrzewnej. W ten sposób ponad szypułką w jamę miednicy opadłą, zamyka się w całości jamę otrzewnej a szyja macicy stanowi dren naturalny do odpływu wydzielin gojącej się szypułki przez pochwę maciczną. (C. d. n.)

II. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

I.

Zarys historyczny rozwoju pojęć o przekazywaniu dziedzicznem kiły w XVI., XVII., XVIII. i XIX. stuleciach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

Wszystkie tylko co przytoczone poglądy i zapatrywania się wybitnych syfilografów XVIII. stulecia na sprawę odziedziczania kiły i na sposoby, za pomocą których przechodzi choroba na potomstwo, widocznie nie opierały się na ścisłych i dokładnych spostrzeżeniach, lecz przeważnie wysnuły się z teoretycznych przypuszczeń i powziętych z góry zapatrywań się wymienionych wyżej autorów w sprawie przekazywania dziedzicznego kiły; brak w ich dziełach faktycznych danych i opisów poszczególnych spostrzeżeń tu należących zmusza nas do takiego ocenienia teoryj, wypowiedzianych

przez Astruca, Sancheza, van Swietena i innych, jakkolwiek trudno nawet dziś zaprzeczyć słuszności niektórym poglądom wypowiedzianym n. p. przez Fabra, Rosensteina i Levreta.

Bądźcobądź należy zgodzić się na to, iż w końcu XVIII wieku pojęcia o kile dziedzicznej nie opierały się jeszcze na naukowych i ścisłych podstawach, co też stało się przyczyną, iż nowa, przez Huntera[1]) wypowiedziana teorya, głosząca o niezaraźliwości ogólnych objawów kiłowych, omal że nie zachwiała całym budynkiem, na który złożyły się były pojęcia ówczesne o kile dziedzicznej; istotnie też, jeśli zgodnie z Hunterem uznawać zaraźliwość li tylko pierwotnych objawów kiły, wypadałoby wtedy zaprzeczać temu, żeby kiła mogła przechodzić na potomstwo z rodziców, znajdujących się w okresie ogólnych objawów choroby. Hunter swą teoryę niezaraźliwości tworów kiłowych opierał na wynikach szczepień krwi, śliny, potu, moczu, mleka i nasienia osób kiłowych, dokonanych przez siebie z ujemnym skutkiem na zdrowych osobach; dowodził on następnie, iż kiła nie może przechodzić na dzieci za pośrednictwem nasienia lub płynów płodowych. Wymieniony autor jednak omawia się, przypuszczając możliwość przekazywania dziedzicznego kiły potomstwu, ale tylko wtedy, jeśli matka ma pierwotne objawy choroby; co się zaś tyczy odziedziczania kiły od ojca, tego Hunter nie uznaje.

Jakkolwiek zapatrywania się i dowodzenia Huntera co do sprawy przekazywania dziedzicznego kiły nie odznaczały się bynajmniej ścisłością naukową, były nawet dość mgliste i niekiedy nawet sprzeczne, nie przeszkodziło to innym spółczesnym syfilografom szerzyć dalej przytoczonych teoryj Huntera o niezaraźliwości kiły i nieprzekazywaniu choroby potomstwu od rodziców zakażonych poprzednio kiłą. Wobec tego teorye Huntera zdołały górować w nauce nietylko w końcu ubiegłego stulecia, lecz — jak to wnet zobaczymy — utrzymały się nawet w początku naszego wieku; niemałą też podporę zjednały były sobie poglądy Huntera w gronie wyznawców t. zw. szkoły fizyologicznej, która opanowała we Francyi sfery lekarskie w pierwszych dziesięciu latach XIX. wieku.

Z pomiędzy syfilografów, którzy występowali w obronie sceptycznych poglądów Huntera przeciwko Swediaurowi i innym przeciwnikom teoryi niezaraźliwość kiły, wyróżnić wypada głośnego pisarza Girtannera[2]), który najgorliwiej popierał teorye Huntera, starając się je udowodnić i oblec w osłonę naukową; w tym celu przytaczał przeważnie teoretyczne argumenta, tak np. nie zaprzeczając wcale temu, że ciąża dotkniętej kiłą matki kończy się często poronieniem lub porodem nieżywego płodu, starał się wytłómaczyć tę okoliczność osłabieniem ustroju matki wskutek przebycia kiły i wypływającem ztąd wadliwem odżywianiem płodu, który karmił się zepsutą i schorzałą limfą; utrzymywał następnie, iż dzieci spłodzone z rodziców kiłowych, są wolne od tej choroby, rozmaite zaś objawy chorobowe, napotykane u potomstwa rodziców kiłowych, powstają li tylko wskutek niestósownego odżywiania; twierdził dalej, iż nigdy nie dostrzegał wyraźnych oznak kiły u dzieci, zrodzonych przez matki kiłą nawiedzone; nie

[1]) J. Hunter. A treatise of the venereal disease. London. 1786; Traité de la syphilis, trad. par Richelet. Paris. 1852. str. 562—564.

[2]) Girtanner. Abhandlung über die venerische Krankheit. Göttingen. 1788. I. str. 430—433.

uznając więc przekazywania dziedzicznego kiły od matki powołuje się też na doświadczenia Huntera, świadczące o niezaraźliwości wydzielin osoby dotkniętej kiłą; doświadczenia te, zdaniem Girtannnera stanowczo też dowodzą niemożliwości przekazywania kiły przez ojca potomstwu za pośrednictwem zakażonego nasienia.

Zdaniom powyższym Girtannera przyklaskiwali też i inni, pomniejsi spółcześni autorowie, że wspomnimy tu Branzlowa[1]) utrzymującego, jakoby objawy rzekomo kiłowe napotykane u dzieci z rodziców kiłowych, były objawami rtęcicy w następstwie poprzedniego leczenia rtęcią choroby matki.

Z innej znów strony nie brakło także poparcia przeciwnikom nauki Huntera i Girtannera, albowiem w obronie przekazywania dziedzicznego kiły wystąpił wkrótce głośny syfilograf Swediaur[2]); twierdził on stanowczo, iż ojciec dotknięty kiłą płodzi dzieci też kiłowe. Inni zaś (Thiery[3]), Plenck[4]), Detarding[5]) i Lohmeier[6]) dowodzili w ogólności istnienia u dzieci kiły, od rodziców odziedziczonej.

Najliczniejszych jednak i najniebezpieczniejszych przeciwników napotkał pogląd Huntera w ówczesnej Francyi, gdzie od r. 1780 w nowootworzonym szpitalu Vangirard, założonym dla dotkniętych kiłą matek i dzieci, miano sposobność naocznie, prawie codziennie, przekonywać się o istnieniu kiły odziedziczonej od rodziców; najwięcej odnośnych spostrzeżeń, zadających ostatni cios teoryom Huntera i Girtannera, zebrali i ogłosili: Faguer[7]), Doublet[8]), Mahon[9]), Leblond[10]), Pelletier[11]) i Bertin[12]). Praca ostatniego stanowi niejako epokę w piśmiennictwie kiły dziedzicznej; z pomiędzy innych jest najwięcej przekonywającą, opiera się w niej bowiem Bertin na bardzo wielu, przeszło 900 przypadkach dziecinnej kiły wrodzonej, spostrzeganej w ciągu 9-letniej praktyki szpitalnej. Przytoczone przez niego przypadki dowodzą aż nadto możliwości przekazywania kiły potomstwu i istnienia kiły dziedzicznej, wrodzonej u dzieci. Oprócz wymienionych wyżej autorów, szczegółowo rozpatrujących sprawę przekazywania dziedzicznego kiły, należy tu jeszcze wymienić cały szereg

[1]) Branzlow. Over de Herzenen en zenuwen, etc. Amsterdam 1788. str. 51.

[2]) Practical observations on the more obstinate and inveterate venereal complaints. London. 1784. Von der Lussteuche übers. von Kleifel. Berlin 1803. II. str. 49.

[3]) Medicinische Beobachtungen an verschiedenen Orten Spaniens gesammelt. Hildburghausen. 1794.

[4]) J. J. Plenckii. Doctrina de cognoscendis et curandis morbis infantum. Viennae et Tergesti. 1807. sto. 110—112.

[5]) G. W. Detharding. Dissertatio de syphilide neonatorum. Rostockii. 1819.

[6]) Rust's Magazin. 1823. XV. str. 149.

[7]) Thêse de Paris 1783.

[8]) Journal de médecine, chirurgie etc. 1785. Janvier str. 445, 469.

[9]) P. A. O. Mahon. Recherches importantes sur l'existence, la nature et la communication des maladies syphilitiques dans les femmes enceintes, dans les enfants nouveau-nés et dans les nourrices. Paris. 1804.

[10]) R. F. Lebl ond. Sur les maladies syphilitiques des nouveau-nés. Thêse Paris. 1803.

[11]) J. M. Pelletier. Sur les maladies syphilitiqnes des nouveau-nés. Thêse. Paris. 1804.

[12]) M. Bertin. Traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés, les femmes enceintes et les nourrices. Paris. 1810.

innych syfilidologów, którzy dołożyli też niejedną cegiełkę do budynku nauki o kile dziedzicznej:

Lagneau[1]) rozpatruje na kilku stronicach swego podręcznika rzecz o kile dziedzicznej i zaznacza, iż u matek dotkniętych kiłą, po zapłodnieniu często następują poronienia; dodaje następnie, że leczenie swoiste może w takich przypadkach zapobiedz poronieniu.

Droste[2]) bardzo szczegółowo rozpisuje się o warunkach przekazywania dziedzicznego kiły potomstwu i o przebiegu choroby u dzieci. Zwraca uwagę na częste poronienia lub przedwczesne porody nieżywego płodu, dotkniętego kiłą, jako na następstwa świeżego zakażenia matki chorobą wymienioną; zaznacza następnie, iż dzieci matek kiłą dotkniętych, chociażby w zwykłym terminie zrodzone, często wykazują rozmaite oznaki i objawy kiłowe i nie długo żyją; jeśli zaś nie tylko matka, lecz i ojciec obok tego cierpi na kiłę, wtedy ciąża prawie zawsze przerywa się poronieniem; im dawniejszej daty choroba rodziców, tem słabiej wyraża się kiła u potomstwa; jeśli rodzice dawno przebywali kiłę, wtedy dzieci rodzą się często zdrowemi i dopiero po upływie dłuższego przeciągu czasu występują u nich objawy łagodnej kiły, niekiedy nawet takie dzieci są zupełnie wolne od choroby. Malvani[3]), Rodriguez[4]), Polli[5]), Tassani[6]) i Chesebrouch[7]) dowodzą w ogólności istnienia kiły wrodzonej.

Zdawałoby się więc sądząc z powyższego, iż trudnem byłoby zadaniem zaprzeczać dalej istnienia kiły dziedzicznej wobec tylu głosów i przekonywających faktów, świadczących stanowczo i naocznie o możliwości przekazywania dziedzicznego kiły. Jednak stronnictwo przeciwnego obozu nie przestawało dalej bronić poglądów Huntera i Girtannera; teorye te, jakkolwiek obalone już niejednokrotnie, szerzyły się pomimo to w społeczeństwie lekarskiem, pociągając za sobą szerszą publiczność i zdobywając zawsze wielu zwolenników, między którymi nierzadko też można było napotykać wybitniejszych uczonych i sławnych praktyków ówczesnych, że wymienimy tu: Richtera[8]), Henkego[9]), van-Liera[10]), Wendta[11]), Jörga[12]); z młodszych poglądy Huntera podzielali: Steinbach[13]), Riess[14]), Rhode[15]) i Freygang[16]). (C. d. n.)

[1]) Lagneau. Traité pratique des maladies syphilitiques. VI-me édition. Paris 1828. str. 262—264.

[2]) Behrends Syphilidologie. 1839. I. str. 614.

[3]) Gazette médicale de Paris. 1837. 5. str. 67—69.

[4]) La Clinique de Montpellier. 1847. 2.

[5]) Annali univ. di med. 1847. CXXIII, str. 5—43, 241—270.

[6]) Gazetta medica Lombarda. 1848. 16.

[7]) New-York Journal of medicine. 1848. Septemb.

[8]) Richter. Die specielle Therapie. Berlin. 1817. V. str. 250, 549.

[9]) Henke. Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Kinderkrankheiten. Frankf. a. M. 1818. I. str. 257—263.

[10]) Ιννοχρατης. 1820. V.

[11]) Wendt. Die Kinderkrankheiten systematisch dargestelt. Berlin und Leipzig. 1822. str. 172.

[12]) Jörg. Handbuch der Kinderkrankheiten. Leipzig 1826. str. 281—303, 315—316.

[13]) Steinbach. Dissert. quae parentum sit vis in prolis procreationem et quomodo ea mutetur in vero syphilide laborante. Lipsiae. 1823.

[14]) Riess. De syphilide neonatorum. Berolini. 1824.

[15]) Rhode. De syphilide neonatorum. Dorpati 1825.

[16]) Freygang. Dissert. de syphilidis in gravidis et pauperis ratione questio pathologica. Lipsiae. 1825.

III. Kilka uwag w sprawie przypadku morderstwa opisanego[1]) przez Dra Jendla.

Skreślił

Dr. Leon Wachholz,

asystent zakładu medycyny sądowej w Uniw. Jag.

Przypadek morderstwa opisany przez Dra Jendla wybija się ponad poziom zwykłych przypadków sądowo-lekarskich. To też sądzę, iż nie będzie od rzeczy poświęcić mu kilka słów w celu wyjaśnienia.

W przypadku tym należy przede wszystkiem rozstrzygnąć, w jakim stanie znajdywał się obwiniony. Nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, że znajdywał się w stanie nieprawidłowym, w stanie zboczenia psychicznego. Nastręczać się może pytanie, jakiego rodzaju było to zboczenie psychiczne, do której ze znanych form da się ono odnieść i wreszcie, czy milczenie obwinionego w czasie śledztwa na pytania, tyczące się okoliczności towarzyszących spełnieniu tak ciężkiej zbrodni, należy uważać za rozmyślne, czy też za wywołane luką pamięci a więc amnezyą tyczącą się samego faktu. Zastanówmy się kolejno nad każdem z tych pytań z osobna.

Co do pierwszego, jaki stan psychicznego zboczenia mamy przed sobą w danym przypadku, to musimy twierdzić na zasadzie opisu Dra Jendla, że stan ten był chwilowym, przejściowym; wszakżeż bowiem przedstawiał się obwiniony tak następnego dnia po spełnieniu zbrodni, jak i w czasie śledztwa i badania stanu umysłowego, zupełnie i fizycznie i umysłowo zdrowym. Ten stan trwał u obwinionego krótko, bo zaledwie od chwili przebudzenia się w miejscu popełnienia zbrodni aż do powrotu jego do własnego domu.

Wedle podania przebudził obwinionego łoskot, jaki w cichej chacie nagle dał się słyszeć wśród ciemności nocy. Co się z obwinionym potem działo, nie wiemy; córka jego wszakże podaje, że gdy w nocy przybył bez czapki do własnej zagrody, z daleka już domagał się jadła, dodając, że zmęczył się bardzo, zabijając djabła; potem jednak a zwłaszcza następnego dnia nie opowiada nic o zajściu, szuka czapki a nie znalazłszy jej w domu, udaje się do zagrody W. a więc na miejsce popełnienia zbrodni. Tutaj nie odpowiada na czynione sobie zarzuty i wychodzi z spokojnem sumieniem. Zboczenia psychiczne u obwinionego cechują złudzenia zmysłowe (iluzye), zwidywania (halucynacye) i podniecenie.

Zastanawiając się nad powyższym stanem celem odniesienia go do jednej ze znanych form przemijającego obłędu, musimy przejść po kolei zboczenia umysłowe pod wpływem gorączki, zatruć pewnemi przetworami, sennowłóctwo (*somnambulismus*), szaleństwo ostre przemijające (*mania acutissima transitoria*), obłęd padaczkowy przemijający z halucynacyami (*grand mal* Falreta) i obłęd opilczy ze złudzeniami zmysłowemi (*sensuum fallacia ebriosa*).

Obwiniony nie gorączkował w czasie popełnienia zbrodni, nie podlegał działaniu przetworów trujących, jak makowca, konopi indyjskich, kokainy, atropiny, chloroformu i t. p. a zatem przemijające zboczenia psychiczne wywołane przetworami powyżej wymienionemi, można wykluczyć w danym przypadku.

[1]) w nrze 41. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.

Sennowłóctwo cechuje się zupełną utratą samowiedzy. Wrażenia odbierane za pośrednictwem zmysłów nie dochodzą do świadomości somnambulika, zatem one nie wytwarzają świadomych wyobrażeń (spostrzeżeń). Stan ten, o ile zbliża się do zwyczajnego snu, o tyle znów różni się od niego tem, że pobudliwość sfery psychomotorycznej utrzymuje się w nim całkowicie. Wyobrażenia powstające pod wpływem wewnętrznych pobudek stanowią często dalszy ciąg tych wyobrażeń, które w umyśle somnambulika zrodził sen, lub też powstają u niego wyobrażenia pod wpływem wrażeń, które zmienione doszły do świadomości jego z zewnętrznego świata. Czasem wyobrażenia te powstają tak wskutek zewnętrznych jak i wewnętrznych pobudek. Jeżli zatem człowiek popadający w sennowłóctwo, bezpośrednio przed tem roi sobie we śnie wyobrażenia treści przykrej, prześladowczej, może z chwilą obudzenia się i popadnięcia w somnambulizm popełnić czyn zbrodniczy na otoczeniu, uważając je w myśl dalszego ciągu sennych swych wyobrażeń za przedmioty lub osoby prześladujące go.

Opierając się na powyżej podanych cechach sennowłóctwa, możnaby stan, w jakim się obwiniony znajdował w krytycznej chwili, porównać ze sennowłóctwem. Mimo to jednak nie wydaje się prawdopodobnem, aby stan obwinionego w chwili popełnienia zbrodni był somnabulicznym a to z następujących przyczyn:

Sennowłóctwu podlegają najczęściej osoby młode, młodsze niż obwiniony; powtóre nie wspomniał żaden ze świadków, aby obwiniony popadł był już kiedykolwiek poprzednio w podobny stan, wobec czego zbyt naciągniętem zdawałoby się, jak to słusznie twierdzi Maudsley (*Die Zurechnungsfähigkeit der Geisteskranken*), przypuścić powstanie tego stanu po raz pierwszy owej krytycznej nocy; wreszcie nie wykazało ani badanie lekarskie, ani wywiady, aby obwiniony był neuropatycznie lub psychopatycznie obciążony a przecież u tych ludzi pojawia się zwykle somnambulizm. Nakoniec najważniejszą okolicznością, która nie skłania do rozpoznania u obwinionego sennowłóctwa, jest wykazanie, iż obżałowany nadużywał od dawna napojów wyskokowych a przed spełnieniem zbrodni wziął udział w sutej, alkoholowej libacyi.

Szaleństwo ostre przemijające stanowi psychozę występującą nagle u człowieka poprzednio zdrowego, która po kilkogodzinnem trwaniu przemija bez śladu. Chory dręczony iluzyami i halucynacyami jest nadzwyczaj niespokojny, rzuca się, krzyczy, popełnia czyny, którychby za zdrowia nie popełnił. Całość objawów, zdaje się, że polega na nagłem a mocnem zadrażnieniu mózgu, wskutek przekrwienia czynnego. Okres właściwego szaleństwa poprzedzają objawy zwiastunowe, jak ból głowy, zawroty i t. d. Z chwilą ustąpienia choroby po kilku godzinach, czuje chory wielkie znużenie, bóle i zawroty głowy, wreszcie i co najważniejsza, odzyskuje przytomność, przyczem okazuje całkowite zapomnienie wydarzeń podczas choroby. Przyczyną tej formy chorobowej bywają wszystkie okoliczności, sprowadzające czynne przekrwienie mózgu, jak n. p. wybryki w używaniu napojów wyskokowych, gwałtowne wzruszenia, jak gniew, gorąca i duszna atmosfera.

Pomimo pewnego podobieństwa między powyższą chorobą a stanem, w jaki popadł obwiniony, nie można stanu jego odnieść do powyższej formy. O ile bowiem poucza w tym względzie doświadczenie *(Krafft-Ebing. Lehrbuch d. Psych.)*, występuje prawdziwe szaleństwo przemijające u osób czuwających a nie we śnie pogrążonych; wreszcie nie podał obwiniony żadnych objawów zwiastunowych, jakieby chorobę musiały poprzedzić i nie okazywał podniecenia tej formie właściwego, o ile można o stanie jego sądzić ze zeznań córki.

Obłęd padaczkowy, nazwany przez Falreta *grand mal*, cechuje się utratą samowiedzy częściową lub zupełną, zwidywaniami i urojeniami treści przerażającej, często chwilowem osłupieniem (*stupor*). Chory zupełnie zamroczony staje się nadzwyczaj niebezpiecznym dla otoczenia, gdyż ścigany przez prześladujące go postacie, stworzone zwidywaniami i urojeniami, rzuca się na najbliższe otoczenie, morduje, pastwi się nad niem, poczem uspokaja się, halucynacye ustają i chory popada w osłupienie, lub jest jeszcze przez pewien czas zamroczony, poczem wraca do zupełnej przytomności i nie pamięta zupełnie lub częściowo zdarzeń i czynów swych, popełnionych podczas napadu.

U obwinionego nie mamy najmniejszej podstawy do przypuszczenia obłędu padaczkowego; nie podają bowiem ani świadkowie ani sam obwiniony, aby cierpiał na wielką chorobę a trudno znów przypuścić, że stan jego w krytycznej chwili był pierwszym napadem choroby, aż do tej chwili utajonej.

Pozostałoby nam więc wytłómaczyć stan obwinionego jedynie ostrym, przemijającym obłędem opilczym *(sensuum fallacia ebriosa)*. Prawie wszyscy opilcy mają skłonność do złudzeń zmysłowych. W rzadkich przypadkach może na tle żywiej występujących złudzeń przyjść do obłędu (*delirium*) przemijającego, trwającego zazwyczaj kilka godzin. Przyczyną zasadniczą tej formy jest przewlekłe zatrucie alkoholem, powodem przygodnym, wywołującym napad, jednorazowe nadużycie alkoholu i wpływy termiczne. Objawami tego obłędu są iluzye i halucynacye wzroku i słuchu, treści strasznej, szum i stuk w uszach; przytomność i świadomość są zamroczone tak, iż człowiek obłędem tym dotknięty może zachować częściową pamięć zdarzeń i czynów swoich w okresie obłędu, jednak jest przekonanym, że to, co widział i słyszał, było rzeczywistością a nie ułudą. Pod wpływem owych strasznych iluzyj i halucynacyj może człowiek taki popełnić czyny gwałtowne a karygodne.

Nader ilustrującym w tym względzie jest przypadek opisany przez Krafft-Ebinga. Nałogowy opój, uraczywszy się sutą ilością wódki i wina, doznaje halucynacyi przykrej treści; ucieka do domu, tutaj wypija jeszcze pewną dozę alkoholu i usypia. Nagle budzi się, słysząc obok siebie donośny gwar zgromadzonego przed sobą tłumu ludzi; przerażony chwyta za strzelbę nabitą i spieszy do okna, w którem widzi dwóch czerwonych aniołów. Tymczasem żona zastępuje mu drogę; on w przekonaniu, że to jedna z prześladujących go osób, strzela do niej i kładzie ją trupem. Po powrocie do przytomności jest apatycznym, małomownym a nadto przekonanym, iż żona własnoręcznie odebrała sobie życie.

Mniemam, iż przypadek Dra Jendla przypomina pod każdym względem przypadek powyższy. Obwiniony jest również nałogowym opojem: przed samym napadem raczy się obfitą ilością wyskoku, wchodzi z przechadzki nocnej w zimie do ciepłej chaty (nagła zmiana ciepłoty), znowu pije, poczem popada w sen. Nagle budzi go łoskot, widzi djabła, którego zabija w największej trwodze. Niestety,

owym mniemanym djabłem jest trzechletni chłopczyk. Następnego dnia ma odwagę udać się na miejsce czynu, jest apatyczny i nie odpowiada na czynione sobie zarzuty. Nic w tem nie ma dziwnego a tem mniej nie należy w tem upatrywać rozmyślnego uporu, jeżli obwiniony w śledztwie na pytania co do spełnienia zbrodni nie odpowiada, gdyż pamięta on tylko, że djabła zabił, nie zaś dziecię.

IV. Oceny i sprawozdania.

Higiena.

A. Pick: **Wpływ wina, piwa i niektórych kwasów organicznych na bakterye cholery i duru.**

Doświadczenia autora wykazały, że wino roztworzone wodą, zawierającą prątki choleryczne, w stósunku 1 : 3 i odstawione przynajmniej na 5 minut po zmięszaniu, można pić bez szkody dla zdrowia. Piwo posiada wprawdzie tę własność w nieco mniejszym, ale w każdym razie w znacznym stopniu, gdyż bakterye choleryczne giną w niem w przeciągu 5, najpóźniej w przeciągu 15 minut. Wódka żytnia zawierająca 41, 45% alkoholu zabija grzybki cholery w ciągu 5 minut; zmięszana z równą ilością wody (22, 23%) w przeciągu 10 minut; zmięszana zaś z poczwórną ilością wody (11, 12%) nawet w przeciągu 5 godzin ich nie zabija. — Wino zawdzięcza tę własność kwasowi.

Doświadczenia wykazały, że kwas octowy, mlekowy, winowy i cytrynowy w roztworzeniu 1 : 2000 zabijają grzybki choleryczne w przeciągu 5 minut. Ocet i wyciśnięty świeżo sok cytrynowy okazują te same własności. Herbata i kawa chłodzone nie mają żadnej antyseptycznej wartości. Kwas winowy i cytrynowy dodany do wody w stósunku 1 : 2000 może zapobiedz szerzeniu się za pomocą niej cholery i zastąpić kosztowne i kłopotliwe jej gotowanie.

Działanie rzeczonych czynników na bakterye durowe nie okazało się skutecznem tak, jak na choleryczne. Wino w równych częściach zmięszane z wodą nawet po pół godziny nie zabijało grzybków durowych. — Również piwo w ciągu tego samego czasu nie działało na nie zabójczo. Wódka żytnia nieroztworzona niszczyła świeżo wyhodowane bakterye durowe w ciągu 5 minut a roztworzona równą ilością wody nie sprawiała tego nawet w przeciągu ½ godziny. Rozczyn kwasu cytrynowego 1‰—1% nie był wcale skutecznym. Dopiero w 2% i mocniejszem roztworzeniu działał skutecznie, lecz takiego rozczynu w praktyce używać nie można. (*Archiv für Hygiene. Band XIX. Heft I.*).

B.

Derville i Guermonprez: **Brodawczaki u robotników w rafineryach oleju skalnego.**

Obaj autorowie mając po temu sposobność, wykryli u robotników zajętych pracą w rafineryach oleju skalnego brodawczaki, powstające na skórze pod wpływem surowego oleju i alkaliów, do rafineryi używanych. Brodawczaki te rozpoczynają się jako małe, szarawe guzki, otaczające jakby pochewką włosy; guzki te powiększają się, czernieją a włosy wypadają. Wówczas tworzy się do około guzka brodawka różowa, rozmaitej wielkości, przypominająca czasem z wejrzenia przybloniaki. Histologicznie nie różnią się niczem powyższe brodawczaki od zwykłych brodawek *(papilloma)* a przy danem usposobieniu mogą się przeobrazić w nowotwory złośliwe.

Brodawczaki te stanowią swoistą chorobę robotników, zajętych oczyszczaniem oleju skalnego. (*Annal. d'hyg. publ. et de méd. lég. Octobre. 1893*). *Dr. Wachholz.*

Przegląd terapeutyczny.

— Niema żadnej wątpliwości, iż salol jest jednym z najlepszych przetworów kwasu salicylowego, ma tę jednak niedogodność, zostającą w związku z jego składem chemicznym, iż niekiedy wywołuje przypady otrucia, osobliwie u dzieci, z powodu uwolnienia z połączenia fenolu.

Przydałby się przeto bardzo przetwór, któryby łączył w sobie przymioty salolu bez składnika w pewnych okolicznościach trującego, jakim jest fenol. Owóż takim przetworem jest salacetol, złożony z kwasu salicylowego i acetolu, w którym jest kwasu salicylowego 75%, gdy w salolu tylko 60%. Salacetol jest przeto energiczniejszym środkiem przeciwgnilnym, niż salol.

Salacetol jest to proszek krystaliczny, biały, nierozpuszczający się w wodzie, który dostawszy się do alkalicznej treści przewodu pokarmowego. rozpada się powoli na kwas salicylowy i acetol, rychło wydzielający się z ustroju jako aceton.

Sposób zadawania salacetolu, równie jak i salolu, nie jest bynajmniej obojętny.

Prof. Bourget przekonał się, że po dawce 2 gramów samego salolu otrzymuje się w moczu po 24 godzinach 0·473 kwasu salicylowego; jeżeli zaś tę samą ilość zada się wraz z olejem rącznikowym *(oleum ricini)*, otrzymuje się w moczu również po 24 godz. 0·723 kwasu salicylowego.

Z dwóch gramów zadanego salolu samego otrzymano po 24 godzinach w moczu 0·335 kwasu salicylowego a po zadaniu równej ilości w 30 gramach oleju rącznikowego 0·552 kwasu salicylowego.

Jeżeli przeto chodzi o to, by salacetol działał rychło i energicznie, należy go zadawać z jakimś środkiem przeczyszczającym, osobliwie olejem rącznikowym, który zresztą nie działa chemicznie na część z kwasem salicylowym połączoną.

Prof. Bourget radzi w tym celu zadawać 2 do 3 grm. salacetolu i 30 grm. oleju rącznikowego. Chory zażywa na raz całą tę ilość zrana na czczo. W razie potrzeby można tę dawkę powtarzać przez 2 do 3 dni z rzędu. Ponieważ salacetol nie jest szkodliwy, mogą dzieci zażywać go dziennie po 0·50 a nawet i więcej.

Według doświadczeń Bourgeta ten sposób zadawania salacetolu okazał się bardzo skutecznym w biegunkach letnich, czerwonce, cholerze swojskiej i także w cierpieniach przewodu pokarmowego bez biegunki.

Salacetol w ilości po 2 do 3 gramy dziennie okazał się nadto skutecznym w gośćcu stawowym tak ostrym, jak i przewlekłym, tudzież dla desinfekcyi dróg moczowych.

(*Médecine moderne. 1893*).

— Filadelfijski profesor Tomasz Mays leczył 50 przypadków ostrego zapalenia płuc okładami lodowemi na klatkę piersiową i takie o tem wydaje zdanie:

1) Lód wpływa korzystnie na znaki fizyczne sprawy zapalnej w płucach i wykazawszy w pewnem miejscu oddech oskrzelowy, stłumienie ogłosu wypukowego i t. d., można się przekonać wkrótce po użyciu lodu o pojawieniu się rzężeń, wystąpieniu napowrót prawidłowych szmerów oddechowych i zmniejszeniu rozległości stępienia odgłosu wypukowego. Podobnież poprawiają się bóle, trudności w oddychaniu, kaszel i wyksztuszanie a temperatura spada niekiedy w ciągu połowy dnia o trzy stopnie (zapewne Fahrenheita. *Przyp. red. Przegl. lek.*). W ogólności poprawia się cały stan chorych, którzy bardzo chętnie poddają się temu leczeniu nawet, jeżeli poprzednio protestowali przeciw niemu.

Tak Mays jak i Dr. Lees nie widzieli nigdy żadnej szkody ani niedogodności dla chorych z tego sposobu leczenia, jakkolwiek używali go wytrwale.

Chorzy autora byli w wieku od 6½ miesięcy do 64 l.

Skutek był w ogólności bardzo dobry. Na 50 chorych zmarło prof. Maysowi tylko dwóch a Lees na 18 tudzież Jackson na 11 nie mieli ani jednego przypadku śmierci. Inny lekarz finlandzki leczył 106 chorych na zapalenie płuc lodem i miał śmiertelności tylko 2·82%. Zliczając razem wszystkie przypadki, otrzymuje się śmiertelność 3·2%, co oczywiście najlepiej przemawia za tym sposobem leczenia.

(*Bulletin général de thérapeutique. 15. Octobre. 1893*).

— Valude w Paryżu widział pomyślne działanie antypiryny w zaniku nerwu wzrokowego, w przypadkach wpraw-

dzie nie bardzo ciężkich i nie daleko zaszłych, ale w przypadkach ani nie postępujących ani nie ustępujących (raczej powoli postępujących). (*Annales d'Oculistique. Wrzesień. 1893*).

Notatki terapeutyczne.

W poliklinice uniwersyteckiej w Bonn nad Renem używają przeciw tasiemcowi za przykładem Francuzów chloroformu według przepisu:

130) Rp. *Chloroformii 4·00*
Olei crotonis gutt. unam
Glycerini puri 30·00
MDS. Zażyć na raz.

Dyeta i całe zachowanie się jak przy innych środkach używanych przeciw tasiemcom. Na 38 przypadków udało się leczenie 37 razy a nie udało tylko raz, w którym nie pomogła ani kora granatowca właściwego, ani wyciąg paproci i w którym, jak się później pokazało, miano do czynienia nie ze zwykłym tasiemcem (*taenia solium*), ale z *taenia saginata*.

Główna korzyść tego leczenia polega na uniknieniu nieprzyjemnych skutków, właściwych innym środkom przeciw tasiemcowi używanym, jak wymiotów po zażyciu granatowca a objawów zatrucia po korzeniu paproci.

Do zażywania kreozotu w winie podaje Dujardin-Beaumetz w Paryżu następujący przepis:

131) Rp. *Kreozoti fagini 18·00*
Spir. vini optimi 250 00
Syrupi simplicis 100·00
Vini de Malaga 650·00

Łyżka stołowa tego wina zawiera 30 centygramów kreozotu a zażywa się ją w szklance wody ocukrowanej.

Hickl podaje następujący przepis na wodę kreozotowo-gazową:

132) Rp. *Kreozoti fagini 1·00—2·00*
Cognaci 50·00—100·00
Syrupi simplicis 300·00
Ttrae menthae piperitae guttas 30—40
Aquae acido carbon. saturatae 2000·00

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 4. października 1893 r.
Prezes kol. Łazarski. — Członków 27.

I. Kol. sekretarz odczytuje protokóły z posiedzenia z dnia 5. lipca b. r., jakoteż nadzwyczajnego z dnia 29. września b. r. Oba protokóły przyjęto.

II. Kol. Prezes odczytuje i podaje do wiadomości pismo nadesłane z komitetu budowy pawilonu chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie a zapraszające członków Towarzystwa lek. krak. do wzięcia udziału w uroczystości otwarcia tegoż gmachu.

III. Kol. Wachholz przedstawia przekrój półkul mózgowych wraz ze sklepieniem czaszki, między którem a oponą twardą znajduje się świeży skrzep krwi wynaczynionej z lewej tętnicy oponowej. Czaszka denata okazywała pęknięcie prostopadłe do podstawy, biegnące przez łuskę kości skroniowej lewej i średnie lewe zagłębienie czaszki aż do siodełka tureckiego. Zewnętrznie nie znalazł prelegent żadnych śladów obrażenia, jak tylko podbiegnięcie krwią głębszych, tuż przy kości położonych warstw mięśnia skroniowego lewego. Kol. W. dodaje, iż zmarły nadużywał napojów wyskokowych; być zatem może, iż upiwszy się upadł i doznał obrażenia, które na razie nie dało żadnych objawów, dopiero po pewnym czasie przez ucisk mózgu wywołało śmierć nagłą. Przy tej sposobności wspomina prelegent o podobnych przypadkach opisanych przez Hofmanna, Halbana, Maschkę i innych. W końcu zwraca kol. W. raz jeszcze uwagę na powyższy przypadek, który może obudzić zajęcie nie tylko sądowo-lekarskie, lecz i ze względu na ogólną patologię i chirurgię.

Kol. Zarewicz zapytuje się w dyskusyi kol. prelegenta, czy nie znaleziono zewnętrznie jakiego śladu urazu, kiedy było tak znaczne pęknięcie czaszki.

Kol. Wachholz wyjaśnia, iż zewnętrznie nie było najmniejszego śladu urazu.

Kol. Cybulski zwraca uwagę, iż w tym razie wybitnie widzi się nie ściśnięcie, lecz li tylko przemieszczenie mózgu, do czego dopomogło zniesienie komory bocznej i zesunięcie się drugiej półkuli mózgowej; zresztą za samem przesunięciem przemawia już szersza część przednia po jednej, niż drugiej stronie. Pęknięcie czaszki bez śladu na powłokach miękkich mogło nastąpić pod wpływem silnego urazu ciałem sprężystem.

IV. Kol. Olszewski przedstawia chorą, Józefę B., 35 lat liczącą, przyjętą do oddziału chorób zakaźnych w szpitalu św. Łazarza z przyczyny biegunki krwawej, już uleczonej obecnie, a która obok tego okazuje zboczenie chorobowe języka tem ciekawsze, że nie często z niem się spotykamy obok obrazu chorobowego daleko posuniętego. Cierpienie to trwa według podania chorej już kilka miesięcy a więc przedstawia przebieg przewlekły; z takich zaś napotykamy na języku owrzodzenia od zębów spróchniałych, liszaj żrący, kiłę, gruźlicę i raka.

Obraz chorobowy w naszym przypadku najwięcej przemawia za gruźlicą, bo mamy rozległe owrzodzenie na języku, o brzegach jakby powyżeranych a nie podminowanych, o dnie dość równem i gładkiem, pokrytem skąpą wydzieliną i żywą ziarniną, w której tu i owdzie spostrzedz się daje gruzełek. Gruczoły podszczękowe, zwłaszcza po stronie prawej, są powiększone, dość miękkie i bolesne za dotknięciem się. Nadto płuca są zajęte gruźlicą, najbardziej po stronie prawej. Badanie plwocin wykazało prątki Kocha, badanie zaś dwukrotne wydzieliny ze skrobanej z języka ich nie wykryło.

Nadto dodaje kol. O., iż w ostatnich dopiero czasach wystąpiło zajęcie chorobowe języka po stronie lewej obok znacznego ślinotoku. Zresztą i samo już wejrzenie chorej przemawia więcej za gruźlicą, niż za inną sprawą chorobową.

W dyskusyi kol. Zarewicz podziela zapatrywania się kol. prelegenta, bo obraz chorobowy jest zupełnie typowy dla gruźlicy i dodaje, iż wykrycie prątków w wydzielinie wziętej z języka udaje się rzadko i chociaż wypada ujemnie, to gruźlicy wykluczyć nie można, jeśli inne objawy za nią przemawiają.

Kol. Zarewicz wspomina o własnym podobnym przypadku, gdzie kilkakrotne badanie nie wykazało prątków a chory mimo tego w niedługi czas potem zmarł z powodu ogólnej gruźlicy.

V. Kol. Mayzel miał zapowiedziany odczyt: *Przyczynek do leczenia kiły wstrzykiwaniami oleju szarego.* Na podstawie ośmiomiesięcznych doświadczeń robionych z olejem szarym w oddziale kol. Zarewicza w szpitalu św. Łazarza wypowiada prelegent zdanie swoje o wartości tego przetworu rtęciowego. Zachęcony do doświadczeń powyższych publikacyą Langa z r. 1890, który oleju szarego używa od r. 1885 ze znakomitym skutkiem tak ze względu na wartość leczniczą przetworu, jak i na dogodność samej metody wstrzykiwania, obserwował prelegent 40 przypadków kiły leczonej wstrzykiwaniami tegoż przetworu. — Używano oleju szarego łagodnego 30%, sporządzonego według przepisu Langa w szpitalnej aptece, miąższowo w pośladki w dawkach od 0·20 począwszy na dwa miejsca a następnie po 0·10 w tygodniowych odstępach czasu, dochodząc do 1·10 oleju szarego, co równa się 0·40 rtęci metalicznej. Leczono kiłę świeżą, powrotną i późną. Wyniki dotychczasowe są zadawalniające, jakkolwiek nie w tym stopniu, jak to Lang ogłasza, który może nieco za optymistycznie zapatruje się na wartość oleju szarego.

Z doświadczeń dotychczasowych wysnuwa kol. M. następujące wnioski:

1) zmiany kiłowe łagodne (wysypki plamiste) ustępują szybko, cięższe (guzkowe) powolniej, jednak rychlej, niż po żół-

tym tlenku rtęci (*hydrargyrum oxydatum flavum*) lub po sublimacie. Olej szary nie zapobiega jednak występowaniu podczas leczenia świeżych wykwitów kiłowych, podobnie jak i wszelkie inne przetwory rtęciowe.

2) Wstrzykiwania oleju szarego nie wywołują w porównaniu do innych sposobów ogólnego leczenia żadnych cięższych objawów ubocznych, natomiast stósunkowo często występuje zajęcie błony śluzowej wewnętrznej powierzchni policzków i dziąseł i to nieraz w kilka tygodni po ukończeniu wstrzykiwań; zmiany te jednak nie przybierają znacznych rozmiarów i łatwo ustępują za odpowiedniem leczeniem.

3) Do usunięcia zmian kiłowych wystarczają dawki średnie oleju szarego (max. 1·10, min. 0·40), w kile powrotnej średnio 0·75 oleju szarego 30%.

Recydywy, o ile dotąd sądzić można, są łagodne i nie częstsze, niż przy leczeniu innymi przetworami rtęciowymi.

4) Wstrzykiwania w plecy pozostawiają prawie bez wyjątku nacieki głębokie, bolesne, niekiedy przechodzące w ropienie; wstrzykiwania natomiast w pośladki nie wywołują prawie żadnego odczynu.

5) Używanie zatem oleju szarego, byle rozważne, nie zagraża w niczem bezpieczeństwu życia człowieka a przypadki ostrego zatrucia z zejściem śmiertelnem, opisane z kliniki Kaposiego, pochodzą z przekroczenia największych dawek rtęci.

W końcu zastanawia się prelegent nad wchłanianiem i wychodzeniem rtęci z ustroju ludzkiego, powołując się na prace Lindena a w ostatnich czasach na doświadczenia Ullmanna z olejem szarym na zwierzętach. (*Ref. własny*).

Dyskusyę odłożono do przyszłego posiedzenia.

V. Kol. Walentowicz miał zapowiedziany wykład *o wartości dyagnostycznej malleiny* (umieszczony w nrze 42. *Przeglądu lekarskiego).*

W dyskusyi kol. Bujwid, zgadzając się z wywodami kol. W., wspomina, że tuberkulina Kocha wykazuje tak samo ukrytą gruźlicę u bydła, jak malleina nosaciznę u koni. W końcu dodaje kol. B., iż wyciągi suche tracą swoją skuteczność po dłuższym czasie i że wydają się lepszemi wyciągi glicerynowe.

Sekretarz *Dr. Bronisław Olszewski.*

VI. Przyczynki do epidemiologii Wschodu.

Podał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42.)

Dopóki trwała pielgrzymka Mahometan do Mekki, dopóty cholera, stała prawie ich towarzyszka, grasowała tam z niezwykłą siłą. Od chwili jednak wycofywania się pątników z Hedżasu, zaraza nie lubiąca, że tak powiem, świętych miejsc Islamu, wnoszona tam lub wybuchająca razem z przybywającymi i ustająca zawsze po ich odjeździe, jednym skokiem przerzuciła się do Tunisu. Co więc nie uległo zarazie w samej Mekce, w Dżeddah i u stóp Synaju (gdzie w lazarecie El-Thor nie miano miejsca na ulokowanie dwunastu tysięcy pielgrzymów, zmuszanych po prostu do co najrychlejszego wynoszenia się z Hedżasu), to, pomimo że je poddano ścisłym obserwacyom sanitarnym, rozwlekło cholerę i po południowem wybrzeżu morza Śródziemnego. Szczęśliwym trafem okręty przeznaczone do przewozu pielgrzymów tunetańsko-algierskich nie zawijały do Bengazi. Gdyby bowiem tak było, to prawdopodobnie ów dur osutkowy i przypuszczalna dżuma, o których wspomniałem poprzednio, przedstawiłyby inny patologiczny charakter, stwarzając scenę do obserwowania antagonizmu aż trzech chorobotwórczych pierwiastków. Wystarcza jednak zacytować, że na posterunku sanitarnym przed Tunisem, gdzie przybyłych pielgrzymów poddano nowym środkom ostrożności higienicznych, po ośmiu godzinach ich tam pobytu wykazano cztery przypadki cholery. Należy się jednak spodziewać, że będzie to ostatni cios, jaki zaraza indyjska zadała w tym roku pielgrzymującym do Mekki. Bo nad lazaretem w Tunisie powiewa chorągiew francuska a i dyrekcya jego powierzoną jest urzędnikom zawodowym. Więc też i przerzucona plaga da się umiejscowić i stłumić z większą łatwością. Jakby jednak nie było, tegoroczny nadzwyczajny napływ pielgrzymów do Mekki w ilości 120 tysięcy głów, odbył się jak zwykle w tradycyjnym chaosie i nieładzie, łączącym wszystkie okoliczności sprzyjące rozwojowi chorób zakaźnych a mianowicie cholery. Dopóki zaś ten coroczny ruch pobożnych Mahometan nie zostanie poddany ścisłej kontroli sanitarnej, nie znajdzie się środka zdolnego powstrzymać przerzuty zarazy, lub choćby tylko powolne jej rozwlekanie się. W dzisiejszych jednak okolicznościach, podobna kontrola jest istotnem niepodobieństwem.

Wreszcie z pola naszych ogólno-wschodnich stósunków zdrowotnych wypada mi jeszcze zanotować okoliczność, wybornie uwydatniającą wpływ wywarty na mieszkańców nadbosforskiej stolicy, przez obręcz zakaźną zbliżającą się i ścieśniającą nas coraz to bardziej. Po wykazaniu już, jakiej doniosłości jest owa podejrzana epidemia w Smyrnie i uznaniu jej za cholerę z łagodnym tylko przebiegiem, nagle w połowie sierpnia buchnęła wieść o pojawieniu się zarazy i w samym Carogrodzie. Oczywiście nie wdawano się w dochodzenia, czy chorobotwórczy pierwiastek został tu wniesiony, czy też od ćwierć wieku wykluwając się na miejscu doszedł do swej dojrzałości w tym właśnie okresie czasu. Przeciwnie, samą złowrogą wieść oparto tylko na następujących danych. Przed lazaretem w Kawaku nad Bosforem zarzucił kotwicę parostatek Ceres, należący do towarzystwa żeglugi Lloyda austryackiego. Piękny ten okręt, pochodzący z Braiły z ładunkiem i podróżnymi, opuściwszy Dunaj 3. sierpnia, zawinął do Kustendże i Burgasu, zkąd jako podejrzany został wezwany do cofnięcia i udania się do Kawaku. Przybywszy tam zadeklarował kapitan, że na pokładzie zaszło pięć przypadków cholery, z których cztery zakończyły się śmiercią. Z tej przyczyny parostatek odesłano do lazaretu w Synopie. Stolicę więc samą zaalarmowano! A to tem więcej jeszcze, że na przedmieściu *Haskioj* nagle umarła jedna kobieta a w szkole wojskowej w Kuleli i w małej wioszczynie Jalikioj, zauważano przypadki gwałtownego zasłabnięcia i to naraz czterech robotników. Z rozkazu Sułtana nakazana inspekcya udowodniła, że żaden z zaszłych przypadków nie miał cechy podejrzanej a tem mniej epidemicznej i że wszystkie należały do chorób zwykłych i właściwych porze roku. Było to jednak dostatecznem, ażeby rządy grecki i bułgarski zarządziły natychmiast środki ostrożności, poddając 5-dniowej obserwacyi wszystko, co przybywa z Turcyi, bez względu jakąby nie było drogą. Zbyteczny ten nieco pośpiech, przeciwny decyzyom zapadłym na konferencyi drezdeńskiej i którego zastósowanie cechuje się tylko grubemi błędami, przyczyniwszy znacznych strat ogólnym stósunkom handlowym, nie polepszy warunków higienicznych a choć i uwydatni pieczołowitość każdego z naszych krzykliwych sąsiadów, nie zmniejszy prawdopodobieństwa przyszłego spotkania się z zarazą.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

— Pełne zebranie (wszystkich miejscowych i zamiejscowych członków) Izby lekarskiej krakowskiej odbędzie się w sobotę dnia 4. listopada o godzinie 5. po południu w pomieszkaniu prezesa Izby Dra Jakubowskiego (Piasek, Podwale, nr. 10). Na posiedzeniu przyjdą pod obrady następujące sprawy: 1) uchwalenie statutu i regulaminu dla Izby lekarskiej okręgu krakowskiego, które następnie przesłane zostaną Ministerstwu spraw wewnętrznych do zatwierdzenia. 2) Uchwalenie wysokości wkładek rocznych, opłacać się mających przez lekarzy zamieszkałych w okręgu Izby.

— Towarzystwo chirurgiczne w Paryżu obchodziło w d. 26. z. m. 50-tą rocznicę swego założenia.

— *Wracz* donosi, że na mocy zezwolenia władz właściwych 12. międzynarodowy kongres lekarski odbędzie się w Petersburgu.

— Towarzystwo chemiczne belgijskie zwołuje międzynarodowy kongres chemiczny do Brukseli w sierpniu r. 1894.

— *Index medicus* wykazuje, że obecnie wychodzi na kuli ziemskiej 1119 czasopism lekarskich.

— Ze wzmianek w dziełach i pismach Celzusa, Galena, Orybazyusza i innych wnosić należy, iż już starożytni znali pasek przepuklinowy, nie było jednak dotychczas dokładnego jego opisu. Otóż niejaki Danicourt doniósł Towarzystwu archeologicznemu w Paryżu, że przy sposobności odkrycia grobów gallicko-rzymskich w Marché-le-port w Pikardyi, znalazł resztki starożytnego paska przepuklinowego, podobnego nieco do używanych teraz, z pelotą nieruchomą, zrobionego całkiem ze żelaza i pokrytego w części sprężystej skórą z pelotą pokrytą najpodobniej do prawdy także skórą.

— Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Halli nad Salą okazał Dr. Hennig młodego studenta, któremu w pojedynku odcięto koniec nosa, mający u podstawy 2 cm. średnicy a wysokości $^1/_2$ cm. Odszukany kawałek (i ranę) obmył H. ciepłym roztworem soli kuchennej, przyszył go do nosa lekko na brzegu czterema szwami i opatrzył obficie watą również napojoną roztworem soli kuchennej. Przez następne 24 godziny robiono irygacye fizyologicznym roztworem soli kuchennej o temperaturze 37° C. Trzeciego dnia odnowiono opatrzenie: ropienia nie było żadnego a płat przyszyty miał barwę ciemną z przeświecającemi plamami czerwonemi. Opatrzenie także solą; 6. dnia znów zmiana opatrzenia: płat odcięty czerwony; 8. dnia. Płat gładko przyrosły. Odjęcie szwów. Opatrzenie maścią borową. 12. dnia odjęcie zupełne opatrzenia. Blizna jeszcze zaczerwieniona. — Hennig oznacza w przybliżeniu na 20 minut czas, przez który kawałek odcięty nie stykał się z częścią, od której go odcięto.

— **Wiadomości uniwersyteckie. Kilonia.** Dr. Jerzy Hoppe-Seyler mianowany profesorem nadzwyczajnym. **Amsterdam.** Dr. Graanboom habilitował się jako docent pedyatryi. **Londyn.** Dr. Herbert R. Spencer mianowany profesorem położnictwa i ginekologii w *University College Hospital.* **Neapol.** Dr. E. de Renzi, zwyczajny profesor drugiej kliniki lekarskiej, objął po zmarłym niedawno Cantanim klinikę lekarską pierwszą a na jego miejsce przyszedł Dr. Antoni Cardarelli, profesor patologii ogólnej i propedeutyki lekarskiej. **Manila.** Dr. Gumersindo del Valle mianowany profesorem fizyologii.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Warszawie lekarz Antoni Wnorowski w dniu 25. października przeżywszy lat 44; we Wenecyi Dr. Miłosław Burzyński w dniu 28. września b. r. W Paryżu prof. Dr. Leon Le Fort, wiceprezydent akademii lekarskiej, w 61. roku życia. W Hanowerze Dr. Lyman-Bartlett Howe, b. profesor anatomii w *Darmouth medical College.* W Burlingtonie Dr. W. B. Towles, b. profesor anatomii w uniwersytecie w Vermont.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 8. listopada b. r. o godzinie 6-tej po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) zapowiedziany wykład kol. prof. Pieniążka; 2) kol. Rościszewski pokaże dwa nowe przyrządy ortopedyczne.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze higieny z płacą roczną 600 złr.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 10. listopada 1893 r.

Kraków dnia 27. października 1893 r.

Browicz
Dziekan Wydziału lekarskiego.

L. 1824.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Nadwórnie rozpisuje niniejszem ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Majdanie średnim z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże w kwocie 400 złr.

Ludność do okręgu dotyczącego należąca wynosi 19.453 dusz.

Kompetujący wykazać się mają:
1) obywatelstwem austryackiem,
2) dyplomem doktora medycyny, 131—1—1
3) świadectwem moralności,
4) znajomością języków krajowych,
5) praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim, a po otrzymaniu posady stósować się winni do instrukcyi z dnia 31. grudnia 1891. Dz. ust. kraj. Nr. 82 i utrzymywać aptekę domową.

Termin do wniesienia podań oznacza się do końca listopada 1893 r.

Z Wydziału Rady powiatowej w Nadwórnie
25. października 1893 r.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Horodence rozpisuje niniejszem ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego w Czernelicy z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże w kwocie 258 złr.

Kompetujący wykazać się mają:
1) obywatelstwem austryackiem,
2) dyplomem doktora medycyny,
3) świadectwem moralności,
4) świadectwem zdrowia,
5) znajomością języków krajowych,
6) praktyką przynajmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim a po otrzymaniu posady stósować się winni do instrukcyi z 31. grudnia 1891. Dz. ust. kraj. Nr. 83.

Termin wniesienia podań oznacza się do **I. grudnia 1893 r.** 130—3—3

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.